

## DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON

### Datos sociológicos e información de los padres

*Estimado padre:*

*Esta información puede ayudar a determinar las necesidades educativas de su hijo/a. Por favor incluya cualquier otra información que piense que nos pueda ayudar a atenderle mejor a su niño/a.*

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: hogar \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN FAMILIAR:

1. El niño vive con: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
2. Ocupación del padre: \_\_\_\_\_ Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_
3. Idioma que más se utiliza en la casa: \_\_\_\_\_
4. Número de niños en la familia: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_
5. ¿Han ocurrido cambios importantes en la familia durante los últimos tres años? (Por ejemplo: cambios de trabajo o de casa, nacimientos, fallecimientos, enfermedades, divorcio, o separación) \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

**1. Si su hijo/a no ha empezado la escuela todavía, responda las siguientes preguntas acerca de él o ella:**

- a. ¿Comprende cuando le da instrucciones? \_\_\_\_\_
- b. ¿Cómo hace para comunicarle lo que quiere? \_\_\_\_\_
- c. ¿Puede Ud. comprender lo que está tratando de decirle? \_\_\_\_\_
- d. ¿Por cuánto tiempo puede prestarle atención a una actividad? \_\_\_\_\_
- e. ¿Puede usar el baño sin ayuda? de día \_\_\_\_\_ de noche \_\_\_\_\_

2. ¿Qué cosas puede hacer bien su hijo/a? \_\_\_\_\_

3. ¿Hay algo que le cuesta trabajo hacer a su hijo/a? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo le va a su hijo/a en la escuela? \_\_\_\_\_

5. ¿Le preocupa la conducta de su hijo/a en la escuela o en casa? SI NO Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Qué actividades hace su hijo/a cuando no está en la escuela? (Por ejemplo, ver televisión, leer, trabajar medio tiempo, jugar con sus amigos) \_\_\_\_\_

7. ¿Qué actividades hace la familia junta? (Por ejemplo, ver televisión, ir de campamento, participar en pasatiempos o deportes) \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál(es) de los siguientes utiliza para disciplinar a su hijo/a?

- |                                       |  |   |   |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dar nalgadas | <input type="checkbox"/> Dar tareas adicionales    | <input type="checkbox"/> Aislar             | <input type="checkbox"/> Quitar privilegios     |
| <input type="checkbox"/> Castigar     | <input type="checkbox"/> Mandar a la cama temprano | <input type="checkbox"/> Dar premios extras | <input type="checkbox"/> Premiar buena conducta |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |  |   |   |

¿Funcionan estos métodos? 0 SI 0 NO

9. Describe la conducta de su hijo/a en casa y/o el vecindario:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Se comporta bien por lo general        | <input type="radio"/> Se lleva bien con los miembros de la familia | <input type="radio"/> Obedece          |
| <input type="radio"/> Parece contento/a                      | <input type="radio"/> Juega bien con sus vecinos                   | <input type="radio"/> Tiene pesadillas |
| <input type="radio"/> Es hiperactivo/a                       | <input type="radio"/> Es hostil/agresivo/a                         | <input type="radio"/> Parece ansioso/a |
| <input type="radio"/> Enjado/a                               | <input type="radio"/> Es responsable por sus tareas                | <input type="radio"/> Es penoso/a      |
| <input type="radio"/> Parece triste/ retraído/a/ deprimido/a |  | <input type="radio"/> Es desobediente  |

☐ Participa en actividades de grupo (deportes, scouts, grupos de iglesia, etc.)

10. ¿Su conducta ha cambiado durante estos últimos años?

11. ¿Qué opina su hijo/a de la escuela? \_\_\_\_\_

12. ¿Qué más quiere decirnos acerca de su hijo/a?? \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES ESCOLARES:

1. Mencione las escuelas, pre escolares o guarderías donde ha asistido: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha repetido algún grado? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es sí, ¿Cual? \_\_\_\_\_

3. ¿Ha sido evaluado antes? (Por ejemplo: en la escuela, otra agencia, un hospital, un fisioterapeuta, logoterapeuta, audiólogo o psicólogo) Si la respuesta es afirmativa, indique el lugar y la fecha: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MÉDICO:

1. ¿Este estudiante ha tenido algunas enfermedades graves, ha sufrido algunos accidentes, o ha sido hospitalizado en los últimos tres años? ☐ SI ☐ NO Si SI, por favor describe la enfermedad, el accidente, o la razón por ser hospitalizado y de la edad de su hijo/a en esa ocasión: \_\_\_\_\_

2. ¿A qué hora se acuesta su hijo/a? ¿Tiene problemas de dormir? ☐ SI ☐ NO Si SI, por favor describe: -

**SI NO**

☐ ☐ ¿Su hijo/a está al cuidado de un médico por una condición medica? Si SI, por favor describe: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_

☐ ☐ ¿Parece que su hijo/a tenga otro problema físico incluso alérgias? Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

☐ ☐ SI NO ¿Su hijo/a ha tomado medicina por un período largo? Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

☐ ☐ ¿Su hijo/a está tomando medicinas actualmente? Si SI, por favor nómbrela(s) y diga para que son: \_\_\_\_\_

☐ ☐ ¿Hay algunas preocupaciones de la salud de la familia que quiere compartir con nosotros? Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

☐ ☐ ¿Su hijo/a está recibiendo servicios de otra agencia? Si SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA SECCION PUESTA

\_\_\_\_\_  
FECHA:

(Si la información fue obtenida por entrevista)